

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

700

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Salomon HOCHMAN

Né le 1^{er} Février 1906, à Zloczow (Pologne).

Lymphome de la Conjonctive

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PAR

Salomon HOCHMAN

Né le 1^{er} Février 1906, à Zloczow (Pologne).

Lymphome de la Conjonctive

Président : M. TERRIEN, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM. ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance	CARNOT.
Clinique des maladies des enfants	CLERC.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Marcel LABBÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEREBOULLET.
Clinique des maladies du système nerveux	NOBECOURT.
Clinique des maladies infectieuses	H. CLAUDE.
Clinique chirurgicale	GOUGEROT.
Clinique ophtalmologique	GUILLAIN.
Clinique urologique	LEMIERRE.
Clinique d'accouchements	CUNEO.
Clinique gynécologique	GOSSET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	GRÉGOIRE.
Clinique thérapeutique médicale	LENORMANT.
Clinique oto-rhino-laryngologique	TERRIEN.
Clinique thérapeutique chirurgicale	MARION.
Clinique propédeutique	BRINDEAU.
Clinique de la Tuberculose	COUVELAIRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	JEANNIN.
Professeurs sans chaire	MOCQUOT.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGENT.
	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Etienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Patholo-
(Justin) Hydrologie.	gie chirurgicale.
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LEVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIKAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROcq.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

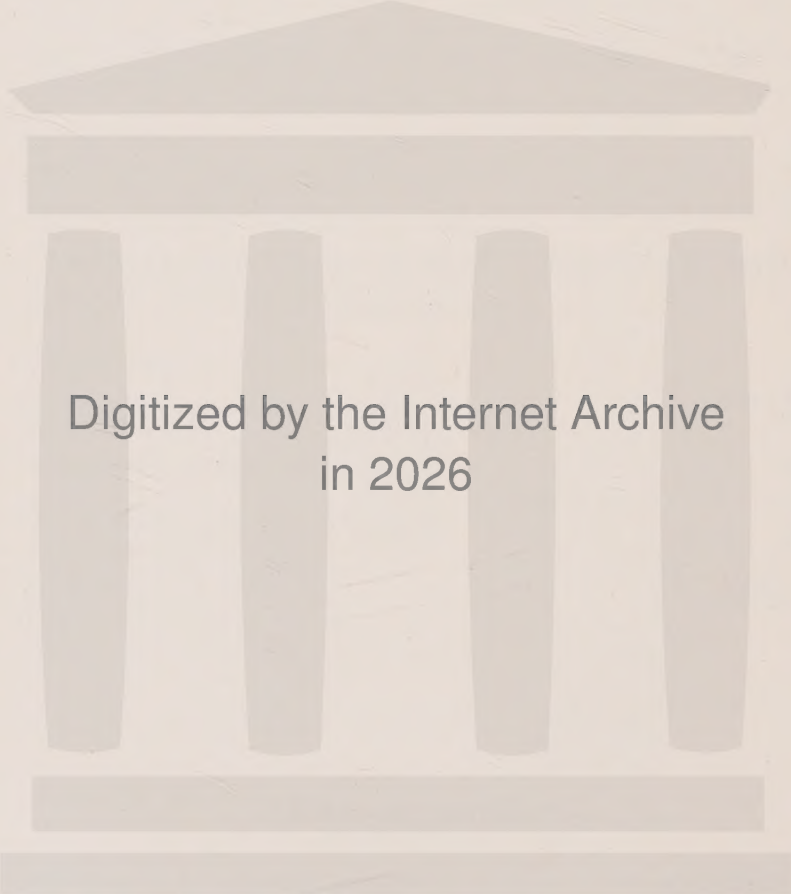
Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé
 LEDOUX-LEBARD
 WEIL-HALLE
 RUPPE

Education physique.
 Radiologie clinique.
 Puériculture.
 Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549904_0002

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MES SŒURS ET FRERES

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR F. TERRIEN

Professeur de Clinique Ophtalmologique à la Faculté.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le grand honneur
de nous inspirer le sujet de cette
thèse et d'en accepter la présidence.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre profonde et respec-
tueuse gratitude pour l'accueil qu'il
nous a réservé dans son service et la
grande bienveillance qu'il n'a cessé de
nous témoigner.*

A MADAME ET MONSIEUR LE DOCTEUR LUCIEN DUMONT

*Hommage affectueux de notre vive
reconnaissance pour l'intérêt qu'ils
nous ont toujours témoigné.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. LAGRANGE

Ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris.

*Qui a bien voulu nous aider dans ce
travail. Notre grande reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Chef de Laboratoire de la Clinique Ophtalmologique
de l'Hôtel-Dieu.

*Avec nos remerciements pour les
renseignements anatomo-pathologi-
ques qu'il a eu l'amabilité de nous
fournir.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

RENARD et VEIL, ophtalmologistes des hôpitaux
de Paris; DOLLFUS, BLUM, MADAME VALLON,
DUPUY-DUTEMPS, DUMONT, HERMAN, anciens
chefs et chefs de la Clinique Ophtalmologique de
l'Hôtel-Dieu.

A TOUS NOS MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Comme toutes les muqueuses, la conjonctive se compose de deux couches : 1° L'une superficielle, l'épithélium; 2° L'autre profonde, dénommée chorion ou derme.

1. Couche épithéliale.

La constitution anatomique de l'épithélium conjonctival varie avec la région. Au niveau du tarse, c'est un épithélium cylindrique composé de deux couches : l'une superficielle formée par une seule rangée de cellules cylindriques; l'autre profonde reposant sur une membrane basale et formée généralement par une seule couche, plus rarement par deux couches de cellules plus petites et plus ou moins aplaties.

Au niveau du cul-de-sac, nous retrouvons la couche de cellules cylindriques et la couche épithéliale profonde qui est ici plus épaisse, comprenant deux ou trois assises de cellules arrondies ou rendues polyédriques par pression réciproque.

Au niveau de la conjonctive bulbaire, l'épithélium prend de plus en plus la disposition de l'épithélium pavimenteux stratifié et présente : une couche super-

ficielle formée de une ou deux rangées de cellules aplaties; une couche moyenne comprenant plusieurs rangées de cellules polygonales; une couche profonde, génératrice, comprenant une seule rangée de cellules cylindriques basses, implantées verticalement sur la basale, avec gros noyau ovalaire.

2. Derme ou chorion.

Le chorion supporte la couche épithéliale superficielle de la conjonctive. Il en est séparé par une membrane basale transparente qui se continue au niveau de la cornée avec la membrane de Bowmann.

Ce chorion est essentiellement constitué par un tissu conjonctif lâche supportant un riche réseau vasculaire et lymphatique.

On peut y distinguer deux couches : une couche superficielle, adénoïde; une couche profonde plus épaisse, fibreuse.

a) *Couche superficielle, adénoïde.* Elle est peu développée à l'état normal et plus irrégulière que la couche épithéliale qui repose sur elle. Cette couche adénoïde présente, dans son épaisseur, une succession de renflements et de rétrécissements. Plus épaisse au niveau du tarse (40 μ) qu'au niveau du bulbe (14 à 27 μ), elle est variable au cul-de-sac (15 à 70 μ). Elle est formée par un mince tissu conjonctif dont les faisceaux forment une trame facilement infiltrée de leucocytes (tissu réticulé), consti-

tuant une ligne de défense à la moindre infection ou irritation. Cette couche adénoïde ne présente pas à l'état normal de formations papillaires, au moins dans la plus grande partie de son étendue.

b) *Couche profonde, fibreuse.* Elle se continue sans transition avec la couche adénoïde. Elle est plus marquée au cul-de-sac où elle atteint 7/10 à 16/10 de mm. qu'au bulbe où elle n'atteint que 1/10 à 5/10 de mm. Cette couche profonde du derme est constituée par des faisceaux connectifs puissants, entrelacés et dont la direction prépondérante est perpendiculaire au bord libre de la paupière. Elle contient du tissu élastique en grande abondance, les vaisseaux : artères, veines et lymphatiques, ainsi que tous les troncs nerveux et les glandes de Krause.

L'étude du développement de la muqueuse oculopalpébrale démontre que, chez l'homme, aussi bien que chez les mammifères, elle provient d'un même tissu germinal embryonnaire; ce tissu prend chez l'homme un caractère plus fibrillaire, mais les différences qu'il présente avec le tissu conjonctival des animaux ne sont que graduelles et non essentielles.

Il jouit, comme toutes les variétés du tissu connectif, d'une activité nutritive et formative plus ou moins considérable et susceptible de s'exagérer dans certaines conditions.

Une pareille exagération fonctionnelle produite par des causes mal connues ou par une irritation externe peut modifier le caractère histologique de la mu-

queuse de manière à la ramener vers un état qui existe normalement chez les mammifères. Soit par migration de leucocytes sortis des vaisseaux sanguins engorgés, soit par prolifération des éléments les plus jeunes du tissu connectif, probablement par ces deux moyens réunis, la conjonctive humaine peut devenir alors le siège, non seulement d'un état inflammatoire, mais de véritables néoplasies localisées.

Quand la chaîne de ces processus morbides aboutit à la formation de lymphomes, la parenté originelle des tissus oblige de considérer ces amas de leucocytes et de tissu adénoïde comme des analogues des follicules normalement existants chez les animaux. L'abondance de corpuscules de connectif, l'activité nutritive plus considérable dans la portion réfléchie, moindre dans la portion tarsale et surtout périphérique, sont en rapport avec le développement différent que prennent les granulations pathologiques dans ces diverses régions conjonctivales, mais sans qu'il existe de différences essentielles.

Le lymphome conjonctival est donc une production nouvelle qui résulte d'hyperplasie des éléments anatomiques préexistants dans le stroma de la conjonctive.

Si toute formation de lymphome conjonctival chez l'homme est une néoplasie, elle ne peut être qu'homéoplasique, parce qu'elle représente certains degrés d'évolution des éléments préexistants du tissu normal. Il serait plus plausible de considérer cette néoplasie comme hétérochrone (hétérologue au point de

vue du temps), parce que, dans l'étendue de chaque nodule, le tissu conjonctival reprend plus ou moins complètement les caractères de son état embryonnaire.

Cliniquement, les tumeurs peuvent être divisées en tumeurs bénignes et en tumeurs malignes. Les tumeurs intéressant les tissus lymphatiques nous offrent aussi cette division.

Tout l'ensemble du système lymphatique peut être intéressé comme dans le lymphadénome, néoplasie frappant une infinité d'organes, ganglions lymphatiques, rate, estomac, intestin, os, tissu conjonctif sous-cutané, peau, tissu lymphatique de l'œil, qui présentent, sinon une néoformation atypique, du moins une architecture absolument bouleversée. Ou bien, ces tumeurs sont isolées, présentant une structure identique au tissu lymphatique normal, n'ayant aucune tendance à la généralisation et aucun retentissement sur l'état général; hyperplasies simples du tissu lymphatique normal, telles les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales.

Si les amygdales ou le tissu lymphatique naso-pharyngien peuvent donner lieu à une hypertrophie localisée sans aucune tendance à la généralisation et ne présentant d'autres inconvénients qu'une gêne locale et une irritation de voisinage, ce que nous remarquons dans les végétations adénoïdes par exemple, on conçoit que le tissu lymphatique situé dans les autres organes puisse s'hypertrophier et donner

naissance à des tumeurs qui n'ont aucun caractère de malignité.

Dans la tunique propre de la conjonctive se trouve — comme nous le savons déjà — une couche de cellules lymphoïdes contenues dans un fin réticulum rappelant le tissu adénoïde, qu'on considère comme des ébauches de follicules.

On conçoit qu'un de ces amas lymphoïdes puisse s'hypertrophier isolément, donner lieu à une condensation du tissu élastique sous-conjonctival qui l'entoure et constituer une tumeur encapsulée, nettement définie et composée uniquement de cellules semblables à celles qui constituent un follicule lymphatique. La présence de cette tumeur peut être la seule manifestation de cette affection.

Cette tumeur de par son origine, son évolution, de par sa constitution histologique aura tout lieu d'être considérée comme une tumeur bénigne. Mais une semblable tumeur peut siéger aussi dans tous les organes où il y a du tissu lymphatique qui peut lui donner naissance, et elle peut exister en même temps que d'autres tumeurs analogues dans d'autres organes. Elle n'est alors qu'une localisation d'une affection générale, leucémie ou pseudo-leucémie, et revêt un caractère différent, lié à l'évolution de la lymphomatose générale.

Nous réservons le nom de « lymphome de la conjonctive » à une tumeur nettement localisée et suivant les considérations plus haut exposées, nous distinguons le lymphome leucémique, pseudo-leucémi-

que et simple; ce dernier formant une tumeur, nettement délimitée, sans altérations concomitantes du système lymphatique.

Il existe dans la littérature ophtalmologique des cas d'hypertrophie diffuse et isolée des éléments lymphatiques des conjonctives, plus spécialement des conjonctives palpébrales, donnant lieu à des lésions pseudo-trachomateuses. Nous décrirons ces cas sous le nom d'« infiltration lymphoïde diffuse de la conjonctive ».

CHAPITRE PREMIER

LYMPHOME SIMPLE

Les observations de ce chapitre concernent une affection relativement rare, pour laquelle nous avons réservé le nom de lymphome simple, et qui est caractérisée par une hypertrophie localisée du tissu lymphoïde de la conjonctive sans autres lésions du système lymphatique de l'organisme.

OBSERVATION I.

(Professeur TERRIEN).

M. P. C..., âgé de 66 ans, s'est présenté au mois de mars 1936 à la consultation d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu pour une tumeur de la conjonctive. Cette tumeur a ceci de particulier qu'elle s'est développée sans déterminer la moindre gêne et a pu atteindre un volume relativement considérable, celui d'un gros œuf de pigeon, sans que le malade s'en fût jamais aperçu. C'est seulement il y a quelques jours, ayant ressenti dans l'œil gauche une sensation de corps étranger, qu'il remarqua, en soulevant la paupière supérieure, cette production anormale, pour laquelle il vint consulter aussitôt à la Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu.

La simple inspection, en effet, malgré le volume assez marqué de la tumeur conjonctivale, ne montre aucun soulèvement apparent de la paupière et on ne constate pas de

différence entre l'aspect des deux paupières supérieures. Il faut soulever cette dernière, tandis que le sujet regarde fortement en bas pour apercevoir la néoformation. Elle se présente sous l'aspect d'une masse arrondie, de coloration rosée. Du volume d'un gros œuf de pigeon, elle siège à la partie supérieure du globe, exactement à cheval sur le prolongement du méridien vertical qu'elle déborde également en dedans et en dehors, mesurant environ 12 à 13 millimètres dans le diamètre antéro-postérieur, 15 à 16 dans le diamètre transversal et faisant sous la muqueuse une saillie assez volumineuse. Elle est recouverte par la muqueuse conjonctivale, qui est normale à sa surface, sans saillies ni villosités, mais seulement hyperhémiee; celle-ci est adhérente à la néoformation, laquelle adhère aussi à la paroi sclérale sous-jacente.

De consistance molle, suffisamment rénitente cependant, la tumeur n'est pas fluctuante et ne donne pas l'impression d'un kyste. Parfaitement délimitée, sa coloration et sa consistance permettent aussi d'éliminer l'hypothèse d'un angiome. On ne peut davantage songer ici à un naevo-carcinome et le diagnostic de lymphome ne paraît pas douteux. Un lympho-sarcome aurait une consistance plus ferme encore et une limitation moins nette.

Aucune injection ni réaction conjonctivale en dehors de la tumeur et aucun trouble fonctionnel; le malade n'accuse aucune douleur. Aucune trace d'adénopathie préauriculaire ou sous-maxillaire. L'examen au moyen du microscope cornéen ne montre aucune trace de réseau vasculaire sous-conjonctival. Rien à noter dans les antécédents: fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans; à 19 ans, le malade aurait été soigné pour un point pleurétique qui nécessita l'application de pointes de feu; jamais d'autre maladie. Le malade fut pris dans le service armé, servit dans l'infanterie coloniale; une radiographie aurait révélé à ce moment une sclérose des sommets du poumon, mais le malade n'a jamais ressenti la moindre gêne.

On ne peut donc préciser la date du début de la néoformation sous-conjonctivale. Toutefois, déjà il y a un an, le

malade, ayant eu la sensation de corps étranger sous la paupière, avait soulevé celle-ci et constaté la présence au point où se trouve aujourd'hui la tumeur, d'une petite élevation rosée de la grosseur d'une lentille. Puis ne ressentant plus aucune gêne il n'y avait plus attaché d'importance et n'avait plus eu la curiosité d'examiner à nouveau cette production jusqu'à ces jours-ci où cette sensation de gravier se répétant, il avait constaté l'état actuel et s'était décidé à consulter.

L'examen de la réaction de Bordet-Wassermann est demeuré négatif. On a néanmoins institué de suite un traitement hydrargyrique modérément intensif et on propose d'exciser prochainement la quasi totalité de cette tumeur, après incision de la muqueuse; l'ablation devant être complétée ensuite par quelques applications radiothérapiques.

Examen histologique après l'ablation de la tumeur: la pièce est constituée par une tumeur formée uniquement par une pullulation de cellules rondes, assez régulièrement juxtaposées les unes près des autres. A la périphérie, le tissu conjonctif, repoussé par le développement de la tumeur, forme une limite peu serrée. Il y a peu de travées, pas de lobules, pas de différenciation d'aucun élément à l'intérieur de la tumeur. Peu de vaisseaux, très peu de mucus intercellulaire. Les cellules sont des lymphocytes et des lymphoblastes en nombre à peu près égal; il n'y a donc pas lieu de dire plutôt lymphoblastome que lymphocytome. Pas de macrophages, peu de mitoses. Le grand nombre de lymphocytes, la présence de réticulum et l'absence de macrophages font dire lymphome.

OBSERVATION II.

(MÉRIGOT DE TREIGNY; Bull. Soc. Opht. de Paris, 1936).

Il y a une dizaine d'années, j'ai eu l'occasion d'observer une malade de 70 ans atteinte d'une tumeur sous-conjonctivale. Cette tumeur rose, jaune, siégeait au niveau de la

conjonctive bulbaire, faisant une saillie arrondie parfaitement limitée au limbe et gagnant en haut et latéralement le fornix. L'évolution était très lente et la tumeur gênait assez peu l'œil qui en était atteint. Cependant, comme en se développant elle tendait à tourner tout autour de la cornée, je fus amené à en faire une biopsie qui montra la présence d'un lymphome pur. Cette tumeur très radiosensible fut irradiée aux rayons X : cinq séances amenèrent une disparition complète de la tumeur qui fondit « comme du beurre sur du feu ». Cette malade vit encore et n'a présenté depuis aucune récurrence.

Un examen complet de la malade montra un état général excellent, aucune adénopathie et une formule sanguine tout à fait normale.

OBSERVATION III.

(TEULIÈRES; Soc. fr. d'Ophtal., 1910).

Roger A..., quinze ans et demi, employé de commerce à Bordeaux, vint nous consulter pour la première fois en mars 1908. Depuis quelque temps il avait remarqué dans la région du repli semi-lunaire de l'œil droit, l'apparition d'une petite tumeur dont le volume augmentait peu à peu sans jamais avoir provoqué la moindre douleur.

Dans les antécédents héréditaires ou personnels, rien ne mérite d'être signalé. Quelques conjonctivites très légères, les paupières un peu collées le matin, mais jamais d'affection grave. Le système lymphatique est normal; pas de ganglions volumineux. Le sang ne montre rien de spécial.

Au moment de notre examen, la tumeur se présente sous le volume et la forme d'un très petit haricot. Elle est située exactement dans l'angle interne, lorsque le malade regarde en face, mais pour bien voir ses rapports, il faut faire diriger le regard fortement en dehors. On constate alors qu'elle est située à un centimètre environ du bord interne de la cornée et à 5 millimètres en dehors de la caroncule lacry-

male. Elle fait une saillie assez régulièrement ovale à grand diamètre vertical, long de 8 millimètres et à petit diamètre horizontal de 5 millimètres environ. Elle est surélevée au-dessus du globe d'environ 4 à 5 millimètres. On voit la conjonctive se réfléchir sur elle sans former de cul-de-sac et il est impossible d'introduire un stylet au-dessous d'elle. Sa couleur est rosée un peu foncée, elle est assez fortement vascularisée mais en somme se distingue assez peu par sa couleur de la conjonctive de l'angle interne. Sa face superficielle est adhérente à la conjonctive qui la recouvre; la face profonde qui répond au tissu conjonctif lâche est mobile sur la sclérotique. Sa consistance est ferme. L'exploration ne provoque pas de douleur. Il n'y a aucun trouble fonctionnel.

Le 5 mai 1908, nous enlevons la petite tumeur au bistouri, après anesthésie à la cocaïne. Sa face superficielle étant adhérente à la conjonctive, nous faisons une incision circulaire en suivant exactement le pourtour et nous l'isolons facilement de la sclérotique, dont elle est séparée par un tissu conjonctif lâche. Deux points de suture furent laissés pendant cinq jours et la cicatrisation s'est faite sans incident.

Le malade a été revu très souvent, la dernière fois le 2 mars 1910, il ne montrait plus de traces de l'intervention. On ne notait aucune récurrence ni aucune tumeur de même nature après un examen somatique très complet.

La tumeur extirpée a été fixée au formol à 10 % et colorée suivant plusieurs procédés (VAN GIESON, CURTIS, THIONINE-EOSINE). Voici le résultat de l'examen histologique. La lésion se trouve placée assez loin de la muqueuse conjonctivale soulevée. Entre la conjonctive et la masse principale se trouvent de petits foyers péri-vasculaires. Les cellules du revêtement conjonctival, sont vacuolisées. Au-dessous du revêtement conjonctival, le chorion contient une grande quantité de cellules conjonctives jeunes et autour des vaisseaux un bon nombre de lymphocytes.

Au milieu des lymphocytes qui se trouvent dans le chorion existent de nombreuses cellules plasmatiques. Plus profondément le tissu conjonctif est mieux charpenté avec vais-

seaux lymphatiques remplis de lymphocytes, çà et là des nappes lymphocytiques diffuses. Puis se trouve la lésion qui se présente sous l'aspect d'un tissu lymphoïde typique en pleine activité de développement. Il y a là d'énormes follicules à centre germinatif clair; ces centres contiennent des lymphoblastes en karyokinèse. A côté se trouvent de grands lymphocytes à noyau clair avec deux à six nucléoles. Le protoplasma de ces grands lymphocytes est plus basophile que le noyau. On trouve côte à côte plusieurs masses semblables. Les centres germinatifs au lieu d'être condensés peuvent se présenter à l'état diffus. Ces foyers lymphomateux sont adjacents, ils ont la grosseur, l'un d'un grain de millet, l'autre d'une lentille. Il n'y a pas de capsule autour d'eux. Dans les masses principales on ne trouve pas de cellules plasmatiques. Il existe peu de vaisseaux, sauf sur les bords, où on trouve des capillaires sanguins gorgés de sang. La réaction conjonctive est faible.

En somme, cela n'a pas la structure d'un ganglion ou d'un follicule clos typique, c'est plus diffus et non encapsulé. En outre des grands lymphocytes, la masse est formée par des lymphocytes petits ou moyens faisant transition vers les grands. Le noyau se modifie dans le sens suivant : la réaction des masses nucléolaires change et vire à la basophilie; le noyau se concentre et la chromatine y forme des masses plus rougeâtres. Les cellules devenues adultes se colorent énergiquement et s'entassent pour former des amas plus denses. De petits foyers hémorragiques récents et çà et là quelques globules rouges altérés devenus métachromatiques, existent dans le tissu. On trouve parfois dans la masse un vaisseau jeune dont le revêtement endothélial a proliféré et obstrue la lumière. En aucun point on ne trouve de leucocytes polynucléés, de macrophages, de cellules géantes, de territoires caséux. L'aspect typique de ces cellules est contraire à l'idée d'une évolution lympho-sarcomateuse. On ne voit pas de microbes dans les coupes. Il ne s'agit pas non plus d'une production du type lymphadénome, les centres clairs germinatifs, distincts en bien des points, sont contraires à cette idée. Mais cela ressemble tout

à fait aux hypertrophies du tissu lymphoïde, telles que les végétations adénoïdes et l'hypertrophie amygdalienne.

OBSERVATION IV.

(COSMETTATOS; Ann. d'ocul., 1907).

Le nommé Nicolas P..., âgé de seize ans, est venu nous consulter à la Polyclinique le 1^{er} octobre 1906, pour une conjonctivite consécutive à la pénétration d'un morceau de charbon dans l'œil gauche alors qu'il était en chemin de fer. Le malade nous dit encore qu'il voit un peu trouble de l'œil droit depuis l'âge de dix ans, et qu'il souffrit alors d'une kératite.

Rien de particulier à signaler au point de vue héréditaire. L'état général du malade est bon. En examinant l'œil droit nous voyons à l'éclairage latéral un petit néphélium central de la cornée, ce qui explique bien le léger trouble de la vue accusé par le malade. Il n'y a pas d'autres manifestations pathologiques.

A l'œil gauche, nous remarquons à la commissure interne une petite tumeur qui siège sur le repli semi-lunaire et n'affecte aucun rapport ni avec la conjonctive bulbaire ni avec la caroncule lacrymale. La tumeur qui occupe toute la largeur du repli semi-lunaire a une couleur rose. Sa consistance au palper digital est molle, et de plus la tumeur est mobile. Le malade n'éprouve pas de douleurs. La tumeur ne le gêne point et c'est par hasard qu'il s'en aperçut le jour où le morceau de charbon pénétra dans son œil. La conjonctive ainsi que les autres parties de cet œil sont normales. On ne constate aucun engorgement ganglionnaire et pas d'hypertrophie de la rate. L'examen du sang n'a pas révélé d'augmentation des globules blancs.

Nous avons extirpé cette tumeur après anesthésie à la cocaïne, elle adhérait fortement par sa base au repli semi-lunaire, et n'avait aucune connexion avec les parties ambiantes. Les suites opératoires furent normales.

Examen macroscopique : La tumeur a une forme allongée, elle mesure 5 millimètres de longueur et 3 millimètres d'épaisseur. A l'ouverture avec le rasoir, on constate qu'il s'agit d'une tumeur ayant plutôt une consistance ferme. La tumeur fut fixée au sublimé et incluse à la paraffine. Nous avons coloré les coupes à l'hématoxyline-éosine, hématoxyline de Heidenhain et par le triacide d'Ehrlich.

Examen microscopique : Sur une coupe perpendiculaire au grand axe de la tumeur et à un faible grossissement on voit qu'à la périphérie la tumeur est tapissée par un épithélium pavimenteux stratifié qui n'est autre que celui du repli semi-lunaire. Au-dessous de cet épithélium existe une couche de tissu conjonctif ayant plusieurs vaisseaux. La tumeur proprement dite constitue une grande masse située au-dessous de la couche du tissu conjonctif, elle est composée de petites cellules placées les unes près des autres. Ces cellules vues à un fort grossissement ont un noyau rond ou ovalaire prenant fortement les matières colorantes et ayant un ou plusieurs nucléoles. Le protoplasma est peu abondant et forme une ou plusieurs couches autour du noyau. La grandeur et l'aspect de ces cellules ne diffèrent en rien de ceux des lymphocytes ordinaires. Outre ces éléments cellulaires, il en existe encore d'autres un peu plus grands, leur protoplasma aussi est peu abondant, leur noyau rond ou ovalaire. Ces éléments rentrent aussi dans la catégorie des lymphocytes. Les cellules sont placées les unes près des autres et sont séparées entre elles par un réticulum de tissu conjonctif bien mis en évidence par l'hématoxyline ferrique. Les vaisseaux sont peu abondants dans la tumeur, ce sont des capillaires et des vaisseaux un peu plus grands qu'on trouve au milieu des éléments cellulaires, ayant une paroi propre. L'aspect des cellules semblable à celui des lymphocytes et leur disposition dans un réticulum de tissu conjonctif, nous fait considérer cette tumeur comme un lymphome.

OBSERVATION V.

(KOERBER; Zeitschr. für Augenheilkunde, t. X).

Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, dont l'état général est très satisfaisant; n'ayant jamais eu de maladies graves, ni d'affections oculaires, jusqu'au jour, six mois auparavant, où elle contracta une conjonctivite très intense, de la marmelade de pruneaux bouillante ayant sauté dans son œil gauche. Au moment de l'examen, en plus de la rougeur conjonctivale, on remarquait, sur le repli semi-lunaire, une tumeur du volume d'un pois, de couleur gris rosé et de consistance molle. Cette tumeur qui fut extirpée, présentait la structure histologique du lymphome.

CHAPITRE II

LYMPHOME LEUCEMIQUE ET PSEUDO-LEUCEMIQUE

Il existe de nombreux cas de lymphomes de la conjonctive, faisant partie d'un processus généralisé à tout l'organisme, leucémie et pseudo-leucémie.

La leucémie est une maladie caractérisée par l'augmentation considérable des globules blancs du sang, et par une modification des proportions normales de leurs différentes variétés. Ces altérations hématologiques ne sont elles-mêmes que la conséquence d'altérations des organes leucopoïétiques. On ne sait rien de précis touchant les causes de la leucémie.

La lymphadénie ou hypergénèse des éléments lymphatiques dans les organes lymphoïdes surtout, peut exister avec ou sans leucémie; dans le premier cas, elle est dite leucémique; dans le second cas, elle est dite aleucémique, ou encore pseudo-leucémie. Parmi les causes incriminées de la pseudo-leucémie, remarquons les maladies infectieuses générales, ainsi que l'infection locale. La généralisation peut être favorisée par un traumatisme local p. ex. par l'ablation des amygdales ou des ganglions, par l'avulsion d'une

dent, etc. Mais la nature de la lymphadénie est une question encore pleine d'obscurité.

OBSERVATION I.

(LÖWENSTEIN; Klin. Monatsbl. für Augenheilk., 1918).

Mme Br. E..., âgée de 49 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, a remarqué depuis 2 ans une tuméfaction des 2 yeux, sans en avoir été incommodée.

Le 3 mars 1911, la malade se présente à notre clinique. L'examen montre 2 tumeurs symétriques de la région supéro-externe de la sclérotique, de teinte rouge pâle et de consistance ferme. Les globes oculaires ne sont pas douloureux à la pression. Les fonds d'yeux sont normaux. Acuité visuelle O. D. G. 10/10. Rien à l'examen des autres organes. Pas de ganglions hypertrophiés. B. W. négatif.

Le premier examen du sang montre :

5.470.000 globules rouges

7.800 globules blancs.

Hémoglobine 60 %

La formule leucocytaire est la suivante :

Petits lymphocytes	28 %
Grands lymphocytes	4 %
Grands mononucléaires	4 %
Formes transitoires	4 %
Neutrophiles	58 %
Eosinophiles	2 %

Donc un nombre normal des globules blancs et une augmentation des lymphocytes, des grands mononucléaires et des formes transitoires. On extirpe les deux tumeurs. Cicatrisation normale.

Au mois de novembre 1912, la malade revient avec une récurrence complète. Les glandes lacrymales ne sont pas hypertrophiées. Acuité visuelle normale. La numération globulaire donne :

4.630.000 globules rouges.

4.200 globules blancs.

Hémoglobine 90 %

Formule leucocytaire :

Grands lymphocytes 6 %

Petits lymphocytes 30 %

Formes transitoires 6 %

Polynucléaires 58 %

14 jours après on constate 53 % de lymphocytes. Extirpation et guérison sans incident. L'examen histologique confirme le diagnostic de lymphome. Arsenic par voie interne.

Au mois de janvier 1915, c'est-à-dire environ 5 ans après la 1^{re} consultation, la malade revient en se plaignant de céphalées et vomissements, et d'avoir maigri depuis 1 an. L'examen oculaire révèle une nouvelle récurrence. Le volume, la forme et la couleur des tumeurs, sont sensiblement les mêmes que précédemment. A la palpation et percussion on trouve une rate hypertrophiée qui atteint la ligne médiane. Les ganglions cervicaux, axillaires et inguinaux sont tuméfiés. Les examens successifs du sang montrent une augmentation considérable des globules blancs, dont le chiffre varie d'un examen à l'autre entre 1.200.000 et 2.260.000. La formule leucocytaire présente 97,5 à 98,7 % de lymphocytes et 1 à 2 % de polynucléaires, donc une leucémie lymphocytaire typique. On institue un traitement aux rayons X, mais sans résultat.

OBSERVATION II.

(PUCCIONI; Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., 1907).

Malade de 19 ans, dont les paupières gauches sont tuméfiées, ainsi que les ganglions préauriculaires et sous-maxillaires. L'infiltration conjonctivale saigne facilement. L'examen histologique montre un lymphome pur. Après une intervention chirurgicale restée sans résultat, on traite le malade par des rayons X (14 séances à 10 minutes) qui font disparaître les tuméfactions.

OBSERVATION III.

(VALUDE; Bull. Soc. d'Ophtal., 1902).

H... Jean, ouvrier lamineur, âgé de 67 ans, jouit d'une santé robuste; il n'accuse pas de syphilis dans son passé. L'affection actuelle a débuté il y a deux ans et demi par la gorge; on lui fit alors l'ablation de l'amygdale gauche et, peu de temps après cette intervention, les yeux commencèrent à être envahis par le même mal.

Etat actuel : Au premier coup d'œil, le malade nous apparaît les yeux entr'ouverts, les paupières supérieures soulevées et surtout repoussées en avant par une lésion absolument semblable des deux côtés, symétrique. Cette lésion représente un néoplasme boudiné, d'une coloration rosée, lie de vin, sillonné de vaisseaux sanguins et de surface lisse. La conjonctive supérieure paraît comme distendue à l'extrême par une sorte de chémosis solide. Ce qui est remarquable, outre la symétrie de la lésion, c'est l'absolue intégrité de toute la conjonctive, hormis le cul-de-sac supérieur. Rien, en effet, dans le cul-de-sac inférieur des deux côtés, rien non plus en haut de la conjonctive bulbaire, aussi haut qu'on l'examine, rien à la conjonctive tarsale supérieure jusqu'au fornix. La néoformation conjonctivale est absolument limitée au fond du cul-de-sac supérieur, au delà du sommet du tarse. La paupière supérieure ne peut être retournée à cause du volume de la tumeur et de la résistance de celle-ci; cette néoformation s'oppose à ce retournement par sa seule masse, car sa consistance est assez molle et on la pressent friable. Aucune sécrétion conjonctivale. Rien d'anormal d'ailleurs à l'œil lui-même.

A côté de cette néoformation conjonctivale, le malade offre deux ordres de lésions : 1° un engorgement et une augmentation de volume de presque tous les ganglions de la tête et du cou. Notons en particulier un énorme ganglion, en dehors de la commissure buccale, à gauche, dans l'épaisseur de la joue; puis des chaînes ganglionnaires, à la nuque, sous le sterno-cleïdo-mastoïdien, des engorgements au ni-

veau des ganglions parotidiens, sous-maxillaires, etc.; 2° une dégénérescence lymphomateuse de toute la région amygdalienne gauche et de la partie postérieure du voile du palais. Le voile du palais semble empâté et présente une coloration blanche hyaline; la région amygdalienne, qui a été sectionnée précédemment apparaît mamelonnée, avec une coloration d'un blanc grisâtre, offrant l'aspect d'un ganglion lymphatique fraîchement sectionné. La voix du malade est nasonnée, comme dans les cas où il existe une forte tuméfaction de l'amygdale.

Du côté des autres organes, nous trouvons à noter une hypertrophie notable du testicule droit qui est gros comme un œuf de dinde, dur et lisse; cet état est très ancien au dire du malade, mais aucun autre organe ne nous a paru intéressé. Le foie, la rate ont leur volume normal; aucun des ganglions lymphatiques du tronc et des membres ne présente d'engorgement comme ceux du cou.

Examen de la pièce. L'extirpation des néoplasies conjonctivales s'opère avec facilité, mais donne lieu à un assez notable écoulement sanguin. Il est à remarquer que la masse néoformée se laisse séparer avec la plus grande facilité de son enveloppe conjonctivale; la décortication se fait toute seule, comme s'enlève la peau de certains fruits. Sous cette enveloppe muqueuse, la tumeur apparaît grisâtre, peu vasculaire, d'apparence lymphomateuse, très friable. Le volume de ces tumeurs est considérable et peut être évalué à celui d'un marron d'Inde; c'est dire que l'apparence extérieure de ces tumeurs ne donne pas une idée exacte de leurs dimensions.

Examen histologique. Un faible grossissement montre que la muqueuse, facilement isolable avec son épithélium et son chorion, est séparée de la tumeur lymphoïde sous-jacente par un tissu conjonctif lâche. En examinant chacune des diverses couches de la conjonctive et de la tumeur à un plus fort grossissement, on constate les points suivants : 1° L'épithélium est absolument normal; 2° Le derme conjonctival est sillonné de vaisseaux pleins de globules sanguins; de plus, d'abondants éléments lymphatiques son-

groupés autour de ces vaisseaux, ou en des points quelconques parmi les fibres conjonctives du chorion de la muqueuse. Ces amas lymphatiques sont une exagération évidente de la dissémination normale de ces éléments dans le derme muqueux à l'état sain; 3° La tumeur lymphomateuse elle-même est constituée par un amas compact de cellules lymphatiques, dont la trame est constituée par un fin tissu réticulé. Rares sont les vaisseaux sanguins dans cette masse lymphoïde; ils sont aussi moins larges que dans la muqueuse. Des parois de ces vaisseaux partent des trabécules conjonctives fines qui s'entrecroisent pour former le tissu de soutien de la masse néoformée. Entre ces parois et ces fibrilles conjonctives, on ne voit que des cellules lymphatiques tassées les unes contre les autres.

Il s'agit donc là d'un lymphome pur développé dans les couches profondes du derme sous-conjonctival. La recherche des microorganismes a donné des résultats négatifs. L'examen du sang du malade a été fait : il existait une notable augmentation dans la proportion des globules blancs vis-à-vis des globules rouges.

Nous avons revu le malade plusieurs mois après l'ablation de ses deux tumeurs; aucune récurrence n'est encore survenue au niveau de la conjonctive.

OBSERVATION IV.

(HOCHHEIM; Von Graefe's Archiv., 1900).

Malade âgée de 79 ans. Pas d'antécédents personnels. Dans sa jeunesse elle a souvent souffert des yeux. Elle éprouvait des douleurs caractérisées surtout par une sensation de brûlure et par des démangeaisons. Larmoiement depuis plusieurs années. La vision était encore bonne, la lecture d'une écriture même petite était possible.

En octobre 1897, la malade remarqua un léger gonflement à l'angle interne de l'œil gauche à la paupière inférieure; gonflement indolore mais persistant. En novembre, la pau-

pière supérieure droite s'enfla également d'une façon si intense qu'un mois après la cornée était recouverte et que la vision n'était plus possible du côté de l'œil droit. En février 1898, les deux paupières de l'œil gauche étaient également gonflées, et la malade vient à nous, se plaignant de leur volume démesuré et de l'impossibilité de les ouvrir sans le secours de ses doigts.

A l'examen général, nous sommes en présence d'une femme de petite taille, atteinte de cypho-scoliose avec surélévation de l'épaule droite. Il n'y a pas d'hypertrophie notable de la rate. L'examen du sang ne révèle pas de leucocythémie.

A la partie antérieure du cou, à gauche, près de la ligne médiane on perçoit des nodosités assez dures du volume d'une cerise, un peu au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde. Sur le reste du corps, pas d'autres hypertrophies ganglionnaires. Les parotides ne sont pas augmentées de volume.

Sur la voûte palatine à gauche de la ligne médiane, on perçoit une saillie, une tumeur de la grosseur d'une cerise. Les amygdales ne sont pas hypertrophiées.

Ce qui frappe au premier abord à l'examen des yeux c'est le gonflement intense des paupières surtout des paupières inférieures. L'ouverture des yeux n'est possible qu'à gauche dans une étendue restreinte et grâce à l'aide du muscle frontal.

A l'œil droit : la paupière inférieure est convertie en une tumeur élastique et dure, de 38 millimètres de long, 21 mm. de haut et de 14 d'épaisseur, laissant libre un espace de 3 mm. entre les bords palpébraux. Leur peau est lisse et parcourue de veines ectasiées. Sous le rebord orbitaire vers le milieu, se trouve un nodule existant depuis longtemps d'après le dire de la malade. En ectropionnant légèrement, car cela est difficile, on aperçoit la conjonctive très rouge. La paupière inférieure palpée avec précision, montre un certain épaissement du tarse. Le repli semi-lunaire est considérablement hypertrophié.

A l'œil gauche : l'épaississement de la paupière supérieure

laisse entre le bord libre des paupières un espace de 3 millimètres. Cette dernière a une longueur de 28 mm., une hauteur de 13 et une épaisseur de 10 millimètres. Épaississement analogue à la paupière inférieure. La conjonctive du tarse apparaît intensément rouge, gris blanc aux plis de passage et traversée de rares vaisseaux.

Les sacs lacrymaux sont augmentés de volume, durcis. L'acuité visuelle est de 1/10 à droite, de 1/5 à gauche. À l'examen ophtalmoscopique, à droite, staphylome annulaire; à gauche, staphylome et cataracte commençante.

La symétrie des tumeurs et la présence d'adénopathies, nous permettent de poser le diagnostic vraisemblable de tumeurs pseudo-leucémiques.

La malade est soumise au traitement arsenical (liqueur de Fowler).

Le 9 mai, pour faciliter à la malade l'usage de son œil gauche qui est le meilleur, on pratique l'ablation des tumeurs palpébrales et on excise les parties de la conjonctive présentant des nodosités.

En décembre, on remarquait une petite récidue du côté de l'œil opéré, alors que du côté de l'autre œil, respecté, la tumeur grosse comme le poing, en forme de champignon, prolabaït la paupière supérieure. L'état général laissait à désirer, la malade très pâle pouvait encore se lever, mais elle n'avait ni forces ni appétit.

Macroscopiquement, la tumeur enlevée nous paraît entourée d'une capsule conjonctive, d'où émanent des cloisons qui la pénètrent. En coupe elle présente une teinte gris rougeâtre, et çà et là de petits foyers hémorragiques.

Microscopiquement, elle nous paraît composée de petites cellules rondes, ayant un peu changé de forme par suite de la compression qu'elles exercent les unes sur les autres. Leur noyau est rond, remplissant presque complètement la cellule, si bien qu'il n'est entouré que d'une portion très étroite de protoplasma. Ces cellules sont disposées en follicules distincts dans la capsule; alors que dans la tumeur elles sont disséminées sans ordre, pressées entre les fibrilles conjonctives émanées de la capsule. Les morceaux de conjon-

tive prélevés, présentent l'aspect de lymphomes typiques.

En somme, tumeurs symétriques développées en quatre mois dans les paupières, après constatation d'une première tumeur aux environs du sac lacrymal gauche; coexistence de tumeurs au cou et au voile du palais; état général plutôt mauvais.

On pouvait penser à un sarcome, vu que la texture histologique de la tumeur plaide autant en faveur d'un sarcome que d'un lymphome, mais il n'y a pas eu de ganglions préauriculaires pris; il n'y a pas eu non plus de métastases.

En raison des quelques localisations observées (palais et cou) et bien qu'il n'y eût pas d'hypertrophie de la rate, nous pensons avoir affaire à un lymphome pseudo-leucémique.

OBSERVATION V.

(GUAITA; *Annali di ophtal.*, 1890).

Il s'agit d'un paysan de 52 ans, exempt de syphilis ou de toute autre affection constitutionnelle. Depuis dix ans il a des gonflements ganglionnaires, depuis deux ans du gonflement des paupières de l'œil droit, depuis dix mois, de celles de l'œil gauche. Actuellement les ganglions du cou, de la nuque, des aisselles, des aines sont augmentés. Il y a une hypertrophie de la rate. Le sang contient moins de globules rouges et plus de globules blancs qu'à l'état normal. Le malade peut à peine ouvrir les yeux; quand on renverse les paupières, la conjonctive saigne facilement, autrement elle est pâle, lisse, épaissie surtout dans les plis de passage. L'examen histologique de fragments excisés montre une abondante infiltration de cellules lymphatiques; pas de traces de dégénérescence amyloïde. Il se produisit de l'amélioration avec l'emploi de 6 grammes par jour d'iodure de potassium et massage vigoureux des paupières.

CHAPITRE III

INFILTRATION LYMPHOÏDE DIFFUSE

A côté des affections décrites précédemment, il en existe une autre, se manifestant par une hypertrophie diffuse et isolée du tissu lymphoïde conjonctival. Cette infiltration diffuse, revêtant souvent l'allure de lésions pseudo-trachomateuses, ne présente nulle part l'aspect d'une tumeur nettement localisée. On peut la considérer comme un stade de transition entre l'hypergénèse lymphoïde en coexistence avec la lymphomatose généralisée à tout l'organisme et le lymphome simple de la conjonctive.

OBSERVATION I.

(DUPUY-DUTEMPS; Bull. Soc. d'Opht. Paris, 1930).

Le malade, homme de 55 ans, de bonne santé apparente, s'est présenté à la Fondation Ophtalmologique de Rothschild au mois de décembre dernier. L'œil gauche est en forte exophtalmie directe, immobile en tous sens, avec occlusion incomplète des paupières. La conjonctive bulbaire jusqu'aux culs-de-sac est sur toute son étendue lisse, brillante, d'une coloration uniforme d'un rouge brun, tirant sur l'acajou. Elle est séparée de la sclérotique par un tissu mou et très épais; la cornée encerclée par la haute margelle du

tissu hyperplasié apparaît limpide et saine au fond d'une profonde ombilication. Il n'existe aucun œdème des paupières, pas de nodules indépendants intra-palpébraux ou intra-orbitaires; la conjonctive tarsienne n'est pas altérée. La palpation à travers les paupières ne permet pas de percevoir le plan dur et résistant de la sclérotique. Celle-ci dans ses parties équatoriales et même rétro-équatoriales est, comme sur son segment antérieur, recouverte d'un épais tissu interposé qui lui adhère. L'acuité visuelle, après correction d'une hypermétropie d'au moins +8 est de 1/6. Pour l'œil droit, sain, l'acuité est normale après correction d'une hypermétropie de +1,25. L'œil gauche avait avant le début de la maladie la même correction et la même acuité visuelle que l'œil droit.

Il n'existait d'ailleurs aucune autre localisation lymphomateuse, cliniquement appréciable; pas d'hypertrophies ganglionnaires, ni d'augmentation de volume du foie et de la rate. La formule globulaire sanguine était normale.

L'affection a débuté il y a 2 ans 1/2. Elle s'est manifestée tout d'abord par une simple diminution de l'acuité; 6 mois après apparaissaient la rougeur de la conjonctive et l'exophtalmie, qui depuis ont progressé lentement et sans la moindre douleur. La compression orbitaire postérieure, qui provoque l'exophtalmie, détermine l'aplatissement du pôle postérieur du globe et a pour conséquence, en portant en avant la rétine, de rendre l'œil hypermétrope. Dans le cas actuel, l'hypermétropie étant déjà auparavant, comme celle de l'autre œil, de +1,25, il a suffi d'un déplacement rétinien de 2 mm. à 2 mm. 25 pour que l'œil devienne hypermétrope de +8.

La nature de la lésion a dû être méconnue, sans doute à cause de sa forme clinique exceptionnelle. Le malade a été traité en province successivement par des injections hydragryriques et par l'antigène méthylque de Nègre, qui n'ont eu aucune influence sur le développement du mal.

Le diagnostic de lymphome périscéral diffus, devenu maintenant évident, fut confirmé par la biopsie. On voit sur la coupe une masse néoformée, constituée presque en-

tièrement par de petites cellules lymphoïdes, très serrées, à noyau entouré d'une mince couche de protoplasma; un très fin réticulum se voit dans quelques interstices. De plus, se trouvent disséminées au milieu de ces éléments d'assez nombreuses cellules grandes, à gros protoplasma éosinophile avec noyau excentrique, semblables aux corps de Russell, qui paraissent être des cellules en voie de dégénérescence.

Le traitement radiologique fut appliqué. Comme il est de règle dans les tumeurs de cette nature, il amena la régression complète, mais cependant avec moins de rapidité que d'ordinaire.

Actuellement, début 1936 : il ne s'est pas produit de récédive, il n'est pas survenu d'autres tumeurs lymphomateuses et l'état général reste excellent.

OBSERVATION II.

(BASLINI; Rvi. Scient. prat. di Milano, 1907).

Il s'agit d'un enfant de dix ans, venu à la consultation le 7 juin 1905. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels. Depuis quatre ans, il souffre d'une affection conjonctivale de l'œil gauche.

Il y a deux mois, il remarqua que la paupière supérieure de cet œil augmentait de volume si bien que dans ces derniers temps il ne lui est plus possible de la soulever. On remarque en effet que la paupière supérieure gauche est tombante. Le renversement de la paupière ne se réalise que d'une façon incomplète mais suffisante pour mettre en évidence de grosses granulations rougeâtres de la conjonctive recouvrant le tarse. C'est seulement au prix de grands efforts et à l'aide de contractions de son frontal que le malade réussit à mettre à découvert le bord supérieur de la cornée. La conjonctive du tarse et la conjonctive bulbaire sont légèrement congestionnées. Léger pannus cornéen. Rien à l'œil droit. On porte le diagnostic général de granulations

de la conjonctive du tarse et de ptosis de la paupière supérieure dû à son poids anormal.

Jugeant que le seul moyen de traitement ne peut être réalisé que par l'ablation de la conjonctive du tarse, après anesthésie, on introduit dans la ligne médiane intermarginale de la paupière supérieure le petit couteau de Graefe, que l'on enfonce dans toute l'épaisseur de la paupière, puis on relève successivement la section vers les angles externe et interne dans le but de séparer le feuillet cutané du tarse conjonctival. Ceci obtenu, la conjonctive du tarse est réséquée d'un coup de ciseau. Hémorragie presque nulle, bandage compressif. Suites opératoires normales.

Un mois après, le malade quitte l'hôpital dans des conditions excellentes. L'aspect de la paupière supérieure est normal. Le cul-de-sac conjonctival est un peu réduit. La face interne des paupières présente un tissu cicatriciel lisse. Le léger pannus cornéen persiste. V : 2/3.

Ce cas présente un certain intérêt au point de vue du diagnostic. Le malade se présentait en effet avec une affection conjonctivale chronique limitée à la paupière supérieure gauche, ayant au premier abord l'aspect d'une conjonctivite trachomateuse. Mais l'unilatéralité de l'affection vis-à-vis de la bilatéralité du trachome, et le développement énorme des granulations, non modifiées par quatre mois de traitement, portent à penser qu'il s'agit peut-être d'une conjonctivite infectieuse de Parinaud. Cette dernière est en effet presque toujours unilatérale et les végétations peuvent atteindre le volume d'une grosse tête d'épingle; mais cette affection dure plusieurs mois et ne laisse aucune trace sur la conjonctive du tarse. Il manque encore dans ce cas l'adénite préauriculaire double caractéristique de la maladie de Parinaud. Et dans ces circonstances on porte prudemment le diagnostic générique de granulations de la conjonctive palpébrale supérieure.

L'examen histologique de la portion de conjonctive réséquée démontre l'infiltration lymphoïde : L'épithélium de la conjonctive a disparu en grande partie. Le tissu conjonctif sous-épithélial et la partie supérieure du tarse sont infiltrés

de lymphocytes et de cellules conjonctives jeunes. Quelques vaisseaux ont leur lumière vide de sang. Cette prolifération conjonctive est moins serrée dans la partie superficielle du tarse. Là les faisceaux conjonctifs présentent de nombreuses cellules aux différents stades de leur évolution conjonctive; les vaisseaux ne présentent ordinairement que de l'infiltration de l'adventice. Il n'y a pas de figures karyokinétiques dans l'épithélium et le tissu conjonctif. A quelques endroits les trabécules conjonctives du tarse apparaissent très développées et circonscrivent d'amples espaces occupés par de nombreux lymphocytes mêlés à des cellules conjonctives éparses.

OBSERVATION III.

(VAN DUYSE; Archives d'Ophtal., 1905).

Van DUYSE rapporte le cas d'un jeune homme de vingt-trois ans qui présente à la conjonctive bulbaire droite des bosselures de couleur rouge framboisée, lisses et luisantes; attenantes les unes aux autres ou confluentes, elles tournent la cornée qui reste intacte. Ces productions atteignent 3 à 4 millimètres dans leur plus grande épaisseur (établie sur les coupes microscopiques); la conjonctive fait corps avec elles. Il existe un épaississement léger des conjonctives palpébrales. Nul grain trachomateux ni cicatrice de la région tarsienne.

L'intervention chirurgicale n'améliora point l'affection conjonctivale du malade. Les productions épibulbaires situées dans la fente palpébrale confluèrent; l'espace demeuré libre entre elles et la cornée fut franchi. Six semaines après l'intervention chirurgicale, deux masses lisses surplombaient les bords nasal et temporal de la cornée, sans l'envahir. Les masses se rejoignaient en haut, à 5 millimètres au-dessus de la cornée; et se confondaient progressivement, au-dessous de celle-ci, avec l'hyperplasie diffuse située à ce niveau.

L'examen histologique des segments excisés montre une infiltration lymphomateuse. L'examen du sang n'a révélé aucune modification. Pas de tumeurs ganglionnaires, cervicales ou autres, pas de splénomégalie, ni hypertrophie du foie. Traitement par les rayons X; séances de dix minutes tous les deux jours environ. Au bout de quinze jours, l'infiltration disparaît.

OBSERVATION IV.

(VALUDE et MORAX; Annales d'Oculist., 1902).

Nous avons observé les lésions conjonctivales suivantes chez un homme âgé de 56 ans, et jouissant d'une santé parfaite. Le malade ne peut assigner une date exacte au début de ses lésions qui n'ont donné lieu à aucun trouble subjectif et ne se sont révélées à lui que par les modifications que le gonflement palpébral a produites dans sa physionomie.

Les yeux sont tuméfiés, les paupières soulevées en haut comme en bas apparaissent remplies de masses néoformées. L'œil est un peu rouge, mais la sécrétion est insignifiante. En écartant et en retournant les paupières, on découvre la lésion. La muqueuse des culs-de-sac, la conjonctive palpébrale au niveau du fornix et la portion de la conjonctive bulbaire la plus rapprochée du cul-de-sac sont le siège d'une hypertrophie considérable et particulière d'aspect. Elle forme d'énormes bourrelets, lisses, assez mous, d'un jaune rosé, qui semblent diaphanes et comme gélatineux. Striation vasculaire sur la muqueuse hypertrophiée, peu saignante d'ailleurs. Pas d'autres lésions ailleurs. Aucun engorgement ganglionnaire du voisinage, ni de tuméfaction viscérale. Au point de vue bactériologique, l'inoculation au lapin et au cobaye ont donné des résultats négatifs.

Microscopiquement l'épithélium conjonctival est presque partout conservé; mais au niveau des parties saillantes de la tumeur, il est réduit à une seule couche de cellules aplaties. Au-dessous de l'épithélium, une mince bande de tissu

conjonctif, dont les fibres sont disposées parallèlement à la surface conjonctivale, et dont les mailles renferment quelques capillaires dilatés et quelques éléments cellulaires semblables aux éléments de la néoformation. Celle-ci se présente sous la forme d'une accumulation de cellules serrées les unes contre les autres, sans charpente fibreuse apparente et sans vascularisation marquée. Les cellules présentent un noyau volumineux arrondi ou légèrement ovalaire et entouré par une masse protoplasmique excessivement faible. Quelques capillaires sillonnent la néoformation, capillaires fins semblant renfermer un nombre plus considérable de leucocytes qu'à l'état normal. Les petits nodules paraissent prendre naissance autour des vaisseaux.

Après l'ablation partielle des tumeurs, il n'y a pas eu de progression rapide de la néoformation comme cela s'observe dans les sarcomes.

OBSERVATION V.

(GREEF; Archiv. für Augenheilk., 1891).

Un enfant de 14 ans vient à la consultation le 22 juillet 1890, l'œil gauche gonflé depuis des mois, se plaignant qu'il est devenu plus volumineux et que les larmes le brûlent. Il ne présente rien à l'œil droit. L'état général est satisfaisant.

L'œil gauche montre un épaississement massif et une rougeur des paupières, particulièrement de la paupière inférieure, celle-ci s'étend plus en bas que celle de l'autre côté; et si on ouvre largement l'œil, elle recouvre encore la limite supérieure de la cornée. La cornée et les autres parties sont normales et claires. Injection superficielle de la conjonctive, écoulement modéré de larmes et photophobie. V : 6/9. En éversant les deux paupières on aperçoit des plis gonflés et enflammés qui proéminent. De la partie éversée de la conjonctive jusqu'au bord des paupières, la muqueuse est hérissée de cornes du volume de grains de millet, étroi-

tement serrées, et donnant aux paupières ainsi renversées un aspect hémisphérique. Les cornes, dont la grosseur atteint jusqu'à 3 mm., ont une coloration gris rougeâtre. Dans l'intervalle des granulations, la muqueuse est enflammée.

Pas de retentissement sur le système lymphatique. Pas de signes de tuberculose.

Le diagnostic est hésitant. Bien qu'au premier coup d'œil, on ait pu songer de suite à une forme de trachome; nous rejetons cette hypothèse, puisqu'il n'y a pas dans notre cas de contagion possible, de plus, l'unilatéralité de l'affection ne plaide pas en faveur du trachome.

L'hypothèse d'une conjonctivite folliculaire se présente alors. Mais dans ce cas, les follicules ne sont jamais en aussi grand nombre que les granulations, la plupart du temps ils siègent dans les angles externes, ou dans les parties antérieures des plis de passage; presque jamais ils ne s'étendent jusqu'aux parties antérieures de la conjonctive du tarse. De plus ils manquent ordinairement à la paupière supérieure; et les follicules enflammés dans le catarrhe n'atteignent jamais la taille des cornes du trachome, ils ont non pas une teinte grise mais sont très rouges et ont leur siège de prédilection au cul-de-sac inférieur.

On prélève un petit fragment de la muqueuse avec les cornes pour l'examen histologique, dont les résultats sont les suivants : dans chaque coupe se trouvent 2 à 3 follicules que l'on peut décrire comme lymphomes; ils sont assez délimités dans le tissu conjonctif environnant, et montrent distinctement une membrane d'enveloppe conjonctive. Les follicules eux-mêmes sont composés de grosses cellules lymphatiques semées les unes contre les autres, à stroma fin à peine reconnaissable. Autour des follicules, infiltration leucocytaire diffuse.

On institue comme traitement des instillations de la solution de sulfate de cuivre à 5 p. 100, mais quelques semaines après comme il n'y avait pas eu d'amélioration, on enlève les granulations en exprimant les paupières entre le pouce et l'index.

On revoit le malade en avril 1891. Il ne présente plus de

trace de la maladie, il est impossible de dire en écartant les paupières lequel des deux yeux avait été malade; il y avait encore bien çà et là quelques petites élevures, mais ne rappelant en rien les granulations de l'année précédente.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

Nous ne connaissons pas les causes des lymphomes. Peut-être y a-t-il une irritation au début, peut-être faut-il incriminer l'âge et le tempérament du sujet ? Nous n'en savons encore rien de précis. Ce que nous savons, c'est que la localisation oculaire est favorisée par la présence d'amas de follicules lymphatiques dans la conjonctive, dans les interstices de la glande lacrymale, dans le repli semi-lunaire et dans l'orbite. Pour certains auteurs, la localisation orbitaire ne serait pas primitive, mais secondaire; elle serait dûe à la propagation d'un lymphome sous-conjonctival. C'est pour cette raison que, dans le plus grand nombre des cas de lymphome orbitaire, coëxiste une tumeur de la paupière, ou une infiltration de la conjonctive, ou encore une infiltration de la glande lacrymale.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui frappe le plus souvent, c'est une tuméfaction plus ou moins importante de la paupière supérieure qui, poussée en avant empiète sur l'inférieure, restée indemne. La peau des paupières est mobile et libre et ne présente qu'une dilatation veineuse; on dirait une tumeur palpébrale. Mais en réalité, il s'agit d'une tuméfaction profonde de la conjonctive du cul-de-sac. En retournant la paupière, chose quelquefois très difficile, on y voit une infiltration étendue à surface vallonée, lisse ou boursoufflée, portant ou non des végétations papillaires pseudogranuleuses. La tumeur est de couleur jaunâtre, rose ou rouge; elle est gélatineuse, légèrement translucide. La consistance est molle, élastique ou ferme; la conjonctive tarsale est libre, rarement atteinte; moins rares sont les localisations de la conjonctive épibulbaire et du repli semi-lunaire.

Pas de douleurs, pas de sécrétion, pas d'autres symptômes locaux ou généraux, s'il n'y a pas coexistence d'une lymphomatose orbitaire ou généralisée. Dans le cas de manifestations lymphomateuses dans le reste

de l'organisme, il faut se rappeler qu'elles se produisent dans le domaine des organes lymphatiques; on trouve alors une tuméfaction isolée ou multiple des ganglions lymphatiques du cou, de la tête, de l'amygdale, du voile du palais, des régions axillaire ou inguinale, etc.

Nous avons dit qu'il y a des cas sans manifestation ganglionnaire, où le lymphome est localisé uniquement sous la conjonctive oculaire; et c'est en général par hasard, que le malade ou son entourage s'aperçoit de cette petite néoformation dont l'évolution est très lente. La conjonctive passe directement sur la face superficielle de la tumeur qu'elle recouvre en lui adhérent, tandis que la face profonde de la tumeur glisse sur les plans profonds.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du lymphome est difficile, parce que cette tumeur peut-être confondue avec une manifestation tuberculeuse, syphilitique, avec une dégénérescence hyaline, avec le trachome ou la conjonctivite de Parinaud. Pour arriver à un diagnostic exact, on procédera à des inoculations aux cobayes pour éliminer la tuberculose, chose quelquefois difficile; puis à l'examen des coupes d'une parcelle de la tumeur pour la recherche du bacille de Koch, de la dégénérescence hyaline ou amyloïde. On cherchera dans les frottis les corpuscules trachomateux, ou les cellules plasmatiques qui sont très abondantes dans la conjonctivite de Parinaud.

Une coloration par Unna-Pappenheim montrera en grand nombre des lymphocytes à gros noyaux ronds ou légèrement incurvés avec un protoplasma pauvre. On pourra trouver également de gros lymphocytes ressemblants à des mononucléaires. Les examens des coupes montreront l'absence de cellules géantes et de bacille de Koch, l'absence de dégénérescence; par contre on trouvera un épithélium conjonctival intact

et sous cet épithélium, des amas lymphocytaires, avec un tissu réticulaire interlymphatique plus ou moins riche et apparent. Dans chaque cas qu'il y ait adénopathie ou non, on examinera le sang, pour voir s'il y a ou non leucémie lymphocytaire. On déterminera en même temps la formule globulaire.

On ne confondra pas le lymphome avec les différentes tumeurs bénignes ou malignes de la conjonctive.

Si les polypes sont des tumeurs qui ne récidivent jamais après leur ablation et n'occasionnent ordinairement qu'une gêne minime, ils se différencieront cependant du lymphome par de nombreux caractères. Ce sont d'abord des tumeurs pédiculées. Leur siège d'élection est la portion réfléchie de la conjonctive dans les plis du passage supérieur et inférieur, quelquefois aussi l'angle interne au niveau de la caroncule. Ce sont parfois aussi des tumeurs très vasculaires, saignant à la suite d'un contact accidentel ou lors des mouvements palpébraux. Enfin leur structure est analogue à celle des polypes des fosses nasales, ils sont en majeure partie formés de tissu conjonctif riche en éléments embryonnaires et en vaisseaux ectasiés.

Les papillomes, excroissances bourgeonnantes, formées de végétations agglomérées leur donnant un aspect en chou-fleur; excroissances qui peuvent prendre naissance sur la caroncule lacrymale ou le repli semi-lunaire, ne sauraient prêter à confusion par leur

aspect très particulier et par la possibilité d'une évolution maligne.

Les granulomes ordinairement développés à la suite d'un traumatisme ayant entraîné une perte de substance de la conjonctive ou survenus chez des sujets scrofuleux, s'en distingueront par cette étiologie très précise et par leur aspect de saillies rouges, fongueuses et très vasculaires.

Les kystes de la conjonctive, kystes par inclusion, kystes glandulaires, kystes lymphatiques, kystes à entozoaires ont aussi une symptomatologie toute particulière qui en fait une catégorie de tumeurs nettement définies. Alors que le lymphome nous offre le plus souvent une consistance ferme, les kystes de la conjonctive, ainsi que les kystes en général, sont caractérisés par la sensation qu'ils donneront au palper de poches rénitentes à contenu liquide. De plus, les kystes par inclusion, rares d'ailleurs, ont une origine traumatique.

Les kystes glandulaires, développés aux dépens des glandes de la conjonctive, assez gros, arrondis, ovoïdes et sessiles, habituellement uniques, siègent au point de passage de la paupière inférieure près de la caroncule. Dans le liquide dont leurs poches sont remplies, on trouve parfois des concrétions solides.

Les kystes lymphatiques, développés aux dépens des espaces lymphatiques de la conjonctive, du volume d'un grain de millet, siègent sous le repli semi-lunaire ou dans son voisinage. Leur contenu liquide

analogue à de la lymphe, leur étiologie qui réside tout entière dans les irritations chroniques de la conjonctive et dans les vices de réfraction non corrigés, sont autant de données qui nous écartent de notre tumeur.

Les kystes à entozoaires qui, comme le lymphome, sont observés souvent chez les jeunes gens, et siègent à l'angle interne de l'œil, se reconnaîtront à leur aspect de tumeur rénitente et transparente, au centre de laquelle on peut percevoir la masse blanchâtre du cysticerque.

Les dermoïdes conjonctivaux localisés à l'angle interne seront facilement isolés, en raison de leur origine congénitale, de l'expansion rapide qu'ils prennent à l'époque de la puberté. De plus, ce sont des tumeurs dures, indolentes, à teinte uniformément grise, ou blanchâtre. Des poils s'implantent souvent à leur surface. Très fréquemment ils sont en coexistence avec d'autres désordres congénitaux, tels que la microphthalmie, les colobomes palpébraux.

Les lipomes sous-conjonctivaux se différencieront aussi du lymphome, par leur congénitalité et les désordres concomitants de même nature, par leur aspect jaunâtre, enfin par la structure banale des lipomes, tissu conjonctif et lobules graisseux.

Les angiomes qui s'observent à la naissance ou peu de temps après auront aussi en leur faveur leur consistance molle et leur teinte violacée.

De même les varices caractérisées par leur extrême rareté, leur aspect framboisé, leur disparition après compression seront facilement reconnaissables.

Les ostéomes opposeront à la consistance du lymphome, leur dureté, leur résistance pierreuse et aussi leur siège différent (angle supéro-externe).

En raison de leurs caractères généraux, tout à fait opposés, les tumeurs malignes s'éloigneront du lymphome, rangé parmi les tumeurs bénignes. Nous n'insisterons pas sur les caractères des lymphosarcomes qui forment d'énormes masses pouvant rester isolées au début, mais dont la fusion ultérieure, la généralisation au système lymphatique et l'envahissement de tissus voisins, ne permet guère l'erreur; pas plus que sur les sarcomes mélaniques, tumeurs pigmentées, pouvant atteindre le volume d'un petit œuf, très proéminentes, pénétrant parfois dans l'œil à travers le limbe scléro-cornéen.

Nous mentionnons aussi les épithéliomas, tumeurs de l'âge mûr, à accroissement et à ulcérations rapides, accompagnées parfois d'engorgement des ganglions préauriculaires ou sous-maxillaires et d'hémorragies répétées.

Le lymphadénome de la conjonctive, présentant la structure du tissu ganglionnaire et suivi de tout le cortège symptomatique de la lymphadénie, imposera de suite son diagnostic.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic du lymphome simple est bénin. Jusqu'à ce jour, il n'a pas été noté de récurrences après l'extirpation complète de la tumeur.

Pour le lymphome leucémique et pseudo-leucémique, le pronostic oculaire n'est pas mauvais, mais le pronostic général est grave, même pour le lymphome de forme typique dans les débuts, en raison de l'apparition de nouvelles tumeurs, des altérations sanguines, de la transformation ultérieure en lymphocytomes atypiques. L'augmentation de tous les symptômes de l'anémie, l'amaigrissement et la pâleur, la diarrhée, les œdèmes, la fièvre, les hémorragies profuses et généralisées, constituent la cachexie leucémique ou pseudo-leucémique. Le malade succombe aux progrès de cette cachexie, dans l'épuisement et le marasme; la terminaison peut être hâtée par la diarrhée ou les hémorragies multiples. Quelquefois, la mort est beaucoup plus précoce (hémorragie foudroyante ou asphyxie). La maladie dure de une à quelques années.

Pour le lymphome simple, l'extirpation au bistouri

est la méthode de choix. Après instillation de cocaïne et une infiltration sous-conjonctivale de novocaïne, on fixe avec une pince la tumeur mobile sur la sclérotique. On incise au bistouri ou aux ciseaux la conjonctive sur un de ses bords ou circulairement en suivant exactement le pourtour et on dissèque la tumeur. On laisse les points de suture pendant quelques jours et la cicatrisation se fait sans incident.

Le lymphome leucémique et pseudo-leucémique (ainsi que l'infiltration lymphoïde diffuse) seront traités par les rayons X ou le radium. Les tumeurs lymphomateuses sont particulièrement radio-sensibles et disparaissent rapidement; on voit fondre le tissu hyperplasié sans cicatrice, ni gêne fonctionnelle. La dose à employer est inférieure à celle qui peut nuire à l'œil. Cette action est purement locale et ne change pas le pronostic général de la maladie. Mais la radiothérapie a du moins pour résultat immédiat d'éviter la perte d'un organe et de rétablir la fonction. La technique employée est celle de la radiothérapie demi-pénétrante.

Le traitement général de la pseudo-leucémie se résume dans les rayons X et dans l'arsenic. En cas de leucémie, on donnera en outre, du benzol, par voie interne; ou du thorium, en injections sous-cutanées ou intraveineuses.

CONCLUSIONS

1°) Il y a lieu de distinguer des hypertrophies du tissu lymphoïde de la conjonctive :

a) sans autres lésions du tissu lymphoïde de l'organisme : lymphomes simples et infiltration lymphoïde diffuse.

b) avec l'hypertrophie généralisée du tissu lymphoïde de l'organisme : lymphomes leucémiques et pseudo-leucémiques.

2°) Le nom de « lymphome de la conjonctive » doit être réservé à une tumeur nettement localisée et délimitée; lorsque la conjonctive est envahie en masse, le nom d'« infiltration lymphoïde diffuse » convient mieux.

3°) Nous ne connaissons pas encore les causes des lymphomes. Les signes fonctionnels du lymphome de la conjonctive sont à peu près nuls. Pas de douleur, pas d'inflammation, pas de sécrétion notables. C'est à peine s'il existe un peu de rougeur conjonctivale.

4°) Le pronostic du lymphome simple est bénin, la récurrence après extirpation complète de la tumeur n'a pas été signalée. Le pronostic oculaire du lymphome leucémique et pseudo-leucémique n'est pas mauvais,

mais le pronostic général est grave, lié à l'évolution, ordinairement fatale et rapide, de l'affection générale.

5°) Le traitement de choix du lymphome simple est l'extirpation au bistouri. La guérison en quelques jours est de règle. Le lymphome leucémique et pseudo-leucémique (ainsi que l'infiltration lymphoïde diffuse) seront traités par les rayons X ou le radium. Les tumeurs lymphomateuses sont particulièrement radio-sensibles et disparaissent rapidement.

Vu : *Le Doyen,*
G. ROUSSY.

Le Président de la Thèse,
TERRIEN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BASLINI. — Contributo allo studio clinico e anatomico del linfoma della congiuntiva e del tarso. *Osp. magg. Riv. Scient. prat. di Milano*, 1907.
- BEDELL (A. J.). — Lymphome (Solid Edema). *Americ. J. of Opht.*, Juillet 1922.
- BÉGUÉ. — Lymphome palpébral et épiscléral. *Bull. Soc. d'Opht.* Paris, 1932.
- BIZARD. — *Thèse de Bordeaux*, 1911.
- COSMETTATOS. — Lymphome du repli semi-lunaire. *Annales d'Oculistique*, 1907.
- CUÉNOD et NATAF. — Traité de biomicroscopie de la conjonctive, 1934.
- DUPUY-DUTEMPS. — Lymphome épiscléral diffus. *Bull. Soc. d'Opht. Paris*, 1930 et 1932.
- GABRIÉLIDÈS. — Des conjonctivites, 1921.
- GASPARINI. — Linfoma diffuso delle conjonctive. *Ann. di Oftalm.* Fasc. 4, 1891.
- GOLDENBURG. — Un cas de lymphome malin. *Amer. J. of Opht.*, 1929.
- GOLDZIEHER. — Ein Fall von hämorrhagischer Adenie mit symmetrischen Lymphomen der Bindehaut. *Arch. f. Opht.* Leipzig, 1907.
- GREEF. — *Archiv. für Augenheilk.*, 1891.
- GUAITA. — Rapport sur le 12^e Congrès italien d'Opht. à Pise en 1890; *Annali di Opht.*, 1890.
- HOCHHEIM. — *Von Graefe's Archiv.*, 1900.
- KALT. — Tissu adénoïde du cul-de-sac conjonctival et lymphome. *Soc. française d'Ophtal.*, 1921.
- KOERBER. — Bericht ueber ein Papillom der Conjunctiva sclerae, und ein Lymphom der plica semilunaris. *Zeitschrift für Augenheilkunde*, t. X.

- LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, 1909.
- MEYER. — Un cas de lymphomes isolés et symétriques du cul-de-sac supérieur. *Archiv. f. Augenheilk.*, 1921.
- MORANO. — Lymphome conjonctival. *Ann. d'Ocul.*, 1875.
- NATHAUSEN. — Ein Fall von diffuser lymphomatöser Hyperplasie der Konjunctiva. *Westn. Opht.* 1907, *Ref. in Arch. f. Augenh.* Bd. LX.
- PUCCIONI. — Lymphome de la conjonctive. *Klin. Mon. für Augenheilk.*, 1907.
- SHANNON et ANDREWS. — Lymphomes de la conjonctive. *Americ. Jour. of Opht.*, Juillet 1932.
- STERN. — *Ophtalmol. Gesel. in Wien.*, 1932.
- TEULIÈRES. — Le lymphome de la conjonctive. *Soc. française d'Ophtal.*, 1910.
- UHTHOFF. — Prolifération lymphomateuse de la conjonctive bulbaire et palpébrale. *Arch. d'Opht.*, 1905.
- VALUDE. — Lymphome conjonctival. *Bull. Soc. d'Opht. Paris*, 1902.
- VALUDE et MORAX. — Infiltration lymphoïde bilatérale de la conjonctive des culs-de-sac. *Ann. d'Oculist.*, 1902.
- VAN DUYSE. — Prolifération lymphomateuse hyaline de la conjonctive bulbaire droite. Guérison par les rayons X. *Arch. d'Ophtal.*, 1905.
- WERNER. — Lymphoma of the conjunctiva. *Trans. Ophtal. Society*, 1904.

TABLE DES MATIERES

	Pages
<i>Introduction</i>	9
<i>Chapitre I. — Lymphome simple</i>	16
<i>Chapitre II. — Lymphome leucémique et pseudo-leucémique</i>	25
<i>Chapitre III. — Infiltration lymphoïde diffuse</i>	34
<i>Chapitre IV. — Etiologie</i>	43
<i>Chapitre V. — Symptomatologie</i>	44
<i>Chapitre VI. — Diagnostic</i>	46
<i>Chapitre VII. — Pronostic et traitement</i>	51
<i>Conclusions</i>	53
<i>Bibliographie</i>	55

